



**BOYS & GIRLS CLUB
OF GREATER NASHUA**

Membership Process

Gracias por su interés en convertirse en un Boys & Girls Club of Greater Nashua miembro de ti. Cada miembro está obligado a completar un paquete de membresía de la información con el fin de poder participar en las actividades del Boys & Girls Club.

Un paquete completo incluirá los siguientes elementos:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Completed membership packet with signatures | <input type="checkbox"/> Mentoring notification form with signature |
| <input type="checkbox"/> Completed self-declaration form with signature | <input type="checkbox"/> Completed food allergy application |

Solicitud de Afiliación

Se requiere que todos los miembros a asistir a una obligatoria Orientación de socios nuevos. Miembros, de 8 a 12, están obligados a asistir a esta orientación con un padre. Los adolescentes deben participar en la orientación, pero no están obligados a tener un padre presente. Orientación está diseñado para familiarizar a los miembros y sus familias con la facilidad Club, el personal y nuestras políticas. Esta es también una buena oportunidad para aprender sobre los beneficios del Club, hacer preguntas, conocer al personal y aprender de los próximos eventos. Por favor, póngase en contacto con la Oficina de Recepción de información sobre las fechas y horas de orientación.

Auto-Declaración Formulario

Nuestra Boys & Girls Club recibe federales, estatales y la asistencia de la ciudad para nuestros programas. Como resultado, se nos pide que proporcione información específica sobre el origen étnico, la raza, el tamaño del hogar y el ingreso. Para que cualquier joven para convertirse en un miembro del Club de la Gran Nashua Boys & Girls, este formulario debe ser completado y firmado. Le damos las gracias por su ayuda y nos gustaría informarle de que vamos a mantener toda la información facilitada confidencial.

Formulario de Notificación de Mentores

El club de la Gran Nashua Boys & Girls incluye componentes de desarrollo de la juventud en todos los programas que ofrecemos. A menudo, se puede producir la tutoría, ya sea en grupo o forman uno-a-uno. Por favor revise nuestras directrices relativas a la tutoría y si usted está interesado en que su hijo participe en la tutoría formal de uno-a-uno, por favor solicite su participación.

Aviso sobre Comidas / Snacks

Ofrecemos comidas y refrigerios para todos los niños a través de la Niñez y Programa de Alimentos de Cuidado de Adultos (CACFP). Todos los miembros son capaces de participar en el programa de alimentos de forma gratuita. **USDA Nondiscrimination Statement 2015 - Spanish Translation For all other FNS nutrition assistance programs, State or local agencies, and their subrecipients, must post the following Nondiscrimination Statement: Los demás programas de asistencia nutricional del FNS, las agencias estatales y locales, y sus beneficiarios secundarios, deben publicar el siguiente Aviso de No Discriminación:** De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf. y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por: (1) correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Programa de alergia alimentaria

Como parte de nuestra participación en nuestro programa de alimentos, tenemos que asegurarnos de que cualquier alergias a los alimentos para nuestros miembros estén debidamente documentados para garantizar la seguridad y el bienestar de todos nuestros niños.

¿Qué hacer cuando se completen los formularios?

Puede electrónico, fax, o bajada todas las formas a nuestras instalaciones Lugar Positivo. Si se registra para uno de los programas de los planteles escolares, por favor asegúrese de que usted lo pone en conocimiento del programa después de la escuela que su hijo va a asistir.

Para enviar por correo: Boys & Girls Club of Greater Nashua, A la atención de: Secretario de Membresía, Un Lugar Positivo, Nashua, NH 03060 Junto con el pago de \$ 35.00 en efectivo, cheque o giro postal a nombre de Boys & Girls Club of Greater Nashua

Gracias por su interés en el registro de su niño / niños de nuestros programas!

FOR OFFICE USE ONLY

- Grand Avenue
- Kids Club
- 21st Century

Processing
 Paid: \$ _____
 Scholarship Free

Date Processed: _____

By Staff: _____



Boys & Girls Club
of Greater Nashua
47 Grand Avenue
Nashua, NH 03060
(603) 883-0523
www.bgcn.com

FOR OFFICE USE ONLY

- Membership Packet Requirements**
- membership application
 - signatures
 - Self-declaration form w/signature
 - Mentoring notification form
 - Food Allergy Form
- Date Rec'd: _____ Staff _____

Confidencialidad: Cualquier información confidencial solicitada es para nuestros expedientes y para el financiamiento nuestra organización recibe. Las respuestas que usted proporcione serán mantenidos totalmente confidencial. Su cooperación en el suministro de esta información es apreciada y necesaria.

Información de miembros (letra de molde):

Estado Miembro: <input type="checkbox"/> Nuevo Miembro <input type="checkbox"/> Miembro Renovación		Si Renovación, Por favor, Tarjeta de Lista #:													
Nombre:	Inicial:	Apellido:													
Fecha De Nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Tamaño del Hogar:													
Escuela:		Grado:													
Tipo de Hogares: <input type="checkbox"/> Padre Madre <input type="checkbox"/> Madre y padrastro <input type="checkbox"/> Padres de Crianza <input type="checkbox"/> Otro (por favor explique abajo) <input type="checkbox"/> Sólo Padre <input type="checkbox"/> Padre y madrastra <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Sólo la Madre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> relativo															
Dirección:															
Ciudad:	Estado:	Cremallera:													
Inicio / Teléfono Preferido:		Dirección de correo electrónico:													
Por favor, compruebe si niño o familia recibe alguno de los siguientes:															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; padding: 5px;"> SE REQUIERE <input type="checkbox"/> Gratis / Reducido de Almuerzos Escolares - Sí <input type="checkbox"/> Gratis / Reducido Almuerzo Escolar - No </td> <td style="width: 33%; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Viviendas <input type="checkbox"/> Sección 8 <input type="checkbox"/> TANF </td> <td style="width: 33%; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Cupones de Alimentos <input type="checkbox"/> Asistencia General <input type="checkbox"/> Compensación de Veteranos </td> <td style="width: 33%; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> SSI/ SSDI <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Guardería vale </td> </tr> </table>				SE REQUIERE <input type="checkbox"/> Gratis / Reducido de Almuerzos Escolares - Sí <input type="checkbox"/> Gratis / Reducido Almuerzo Escolar - No	<input type="checkbox"/> Viviendas <input type="checkbox"/> Sección 8 <input type="checkbox"/> TANF	<input type="checkbox"/> Cupones de Alimentos <input type="checkbox"/> Asistencia General <input type="checkbox"/> Compensación de Veteranos	<input type="checkbox"/> SSI/ SSDI <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Guardería vale								
SE REQUIERE <input type="checkbox"/> Gratis / Reducido de Almuerzos Escolares - Sí <input type="checkbox"/> Gratis / Reducido Almuerzo Escolar - No	<input type="checkbox"/> Viviendas <input type="checkbox"/> Sección 8 <input type="checkbox"/> TANF	<input type="checkbox"/> Cupones de Alimentos <input type="checkbox"/> Asistencia General <input type="checkbox"/> Compensación de Veteranos	<input type="checkbox"/> SSI/ SSDI <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Guardería vale												
Nombre de la Madre:		Apellido materno:													
Empleador de la Madre:		Empleador de la Madre:													
Teléfono del trabajo de la Madre:		Teléfono celular de la Madre:													
Nombre del padre:		Del padre Apellido:													
Empleador del Padre:		Trabajo del padre:													
Teléfono del trabajo del padre:		Teléfono celular del padre:													
Es uno de los padres en un miembro activo de las fuerzas armadas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si															
Cuál de los padres?		Rama Qué?													
Por favor, consulte Ingreso Familiar: <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> \$0 - \$10,000</td> <td><input type="checkbox"/> \$30,000 - \$40,000</td> <td><input type="checkbox"/> \$60,000 - \$70,000</td> <td><input type="checkbox"/> \$90,000 - \$100,000</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> \$10,000 - \$20,000</td> <td><input type="checkbox"/> \$40,000 - \$50,000</td> <td><input type="checkbox"/> \$70,000 - \$80,000</td> <td><input type="checkbox"/> \$100,000+</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> \$20,000 - \$30,000</td> <td><input type="checkbox"/> \$50,000 - \$60,000</td> <td><input type="checkbox"/> \$80,000 - \$90,000</td> <td></td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> \$0 - \$10,000	<input type="checkbox"/> \$30,000 - \$40,000	<input type="checkbox"/> \$60,000 - \$70,000	<input type="checkbox"/> \$90,000 - \$100,000	<input type="checkbox"/> \$10,000 - \$20,000	<input type="checkbox"/> \$40,000 - \$50,000	<input type="checkbox"/> \$70,000 - \$80,000	<input type="checkbox"/> \$100,000+	<input type="checkbox"/> \$20,000 - \$30,000	<input type="checkbox"/> \$50,000 - \$60,000	<input type="checkbox"/> \$80,000 - \$90,000	
<input type="checkbox"/> \$0 - \$10,000	<input type="checkbox"/> \$30,000 - \$40,000	<input type="checkbox"/> \$60,000 - \$70,000	<input type="checkbox"/> \$90,000 - \$100,000												
<input type="checkbox"/> \$10,000 - \$20,000	<input type="checkbox"/> \$40,000 - \$50,000	<input type="checkbox"/> \$70,000 - \$80,000	<input type="checkbox"/> \$100,000+												
<input type="checkbox"/> \$20,000 - \$30,000	<input type="checkbox"/> \$50,000 - \$60,000	<input type="checkbox"/> \$80,000 - \$90,000													
Contacto de Emergencia # 1		Contacto de Emergencia # 2													
Contacto de Emergencia # 1 Teléfono:		Contacto de Emergencia # 2 Teléfono:													
Contacto de Emergencia # 1 Relación con el niño:		Contacto de Emergencia # 2 Relación con el niño													
Compañía De Seguros:		Número de Póliza de Seguros:													
Problemas / Alergias Médicos:		Lista de Medicamentos miembro se Teniendo:													
Médico:		Teléfono del médico:													
Hospital Preferido:		Preferido Teléfono Hospital:													

Entiendo que el Club del Gran Nashua Boys & Girls ofrece dos oportunidades de programas para la juventud. Por favor, lea cada programa cuidadosamente para asegurarse de que su hijo está inscrito en el mejor programa para satisfacer sus necesidades y sus iniciales en cada descripción.

Boys & Girls Club Licensed Programa Exento

El Boys & Girls Club licencia exenta programa para jóvenes de 8 a 18 años de edad está diseñado para proporcionar oportunidades de programas después de la escuela en las áreas del programa de cinco centrales; la educación y el desarrollo profesional, la vida sana, el carácter y el liderazgo, las artes, los deportes y ejercicio y la recreación. El programa exentos licencia tendrá lugar en las instalaciones de Boys & Girls Club en 47 Grand Avenue, así como de otros lugares del programa de colaboración, incluyendo Elm Street Middle School, Feria Middle School y Pennichuck Middle School.

Entiendo que el programa no es un programa de cuidado infantil con licencia y los niños que participan en el programa tienen derecho a entrar y salir del programa y que los empleados alentar, pero no puede obligar a los niños a permanecer.

Doy mi consentimiento para cualquier fotografía o video en el que mi hijo puede aparecer para ser utilizado de ninguna manera que el personal del Club puede cuidar a utilizarlos.

Yo entiendo las reglas del club y solicito que mi hijo sea admitido como miembro. He explicado las reglas a mi hijo y entiendo que el Club no será responsable de cualquier accidente a mi niño en los locales o en el ejercicio de cualquiera de sus actividades lejos del club.

"Normas para la aceptación y la participación en el programa son los mismos para todos, sin distinción de raza, color, edad, sexo, discapacidad u origen nacional."

Iniciales del Padre

Programa de cuidado de niños con licencia Club de Niños del Estado

El programa bajo licencia estatal Boys & Girls Club, Kids Club está disponible para los jóvenes de 5 a 12 años de edad. El programa Kids Club es una cuota basada en antes y después de la escuela y fuera de la escuela programa de cuidado infantil que sigue todas las directrices de un programa con licencia estatal.

Entiendo que mi hijo no puede dejar el programa sin ser firmada por un padre o tutor u otro adulto autorizado.

Registro adicional y formularios deben ser completados para participar en el programa Kids Club. Ver el director Kids Club para cualquier información adicional con respecto a un programa con licencia estatal.

"Normas para la aceptación y la participación en el programa son los mismos para todos, sin distinción de raza, color, edad, sexo, discapacidad u origen nacional."

Iniciales del Padre

Marque la casilla para la oportunidad del programa que está solicitando para su hijo.

- Quiero que mi hijo, _____, para participar en el Programa de Exención de Boys & Girls Club licencia.
- Quiero que mi hijo, _____, para participar en el Programa de Cuidado de los niños Kids Club Estado con licencia.

Firma del Padre / Tutor

Fecha



**BOYS & GIRLS CLUB
OF GREATER NASHUA**

Self-Declaration of Information Report

Federal regulations require that we obtain this information to document assistance is being provided to low and moderate-income households. Parents or guardians should complete this form indicating all persons residing within their household, regardless of whether or not they are related.

INFORMATION PROVIDED ON THIS FORM IS KEPT CONFIDENTIAL AND IS NOT SHARED WITH ANY OTHER AGENCIES.

CLUB MEMBER INFORMATION

MEMBER STATUS: FAMILY INDIVIDUAL

Participant Name(s): _____

Address: _____ City, State, Zip Code: _____

ETHNICITY (please select only one):

Hispanic or Latino Not Hispanic or Latino

RACE (please select only one):

- White
- Black/African American
- Asian
- American Indian/Alaska Native
- Native Hawaiian/Other Pacific Islander
- American Indian/Alaskan Native *and* White
- Asian *and* White
- Black/African American *and* White
- American Indian/Alaska Native *and* Black/African American
- Other Multi-Racial: _____

HOUSEHOLD INFORMATION

- i. Circle the total number of people living in your household.
- ii. Circle the corresponding income level.

Household Size		(0-30%)	(31-50%)	(51-80%)	(over 80%)
1		\$0 - \$19,800	\$19,801 - \$32,950	\$32,951 - \$29,540	\$47,600+
2		\$0 - \$22,600	\$22,601 - \$37,650	\$37,651 - \$45,180	\$54,400+
3		\$0 - \$25,450	\$25,451 - \$42,350	\$42,351 - \$50,820	\$61,200+
4		\$0 - \$28,250	\$28,251 - \$47,050	\$47,051 - \$56,460	\$68,000+
5		\$0 - \$30,550	\$30,551 - \$50,850	\$50,851 - \$61,020	\$73,450+
6		\$0 - \$32,800	\$32,801 - \$54,600	\$54,601 - \$65,520	\$78,900+
7		\$0 - \$35,050	\$35,051 - \$58,350	\$58,351 - \$70,020	\$84,350+
8		\$0 - \$37,300	\$37,301 - \$62,150	\$62,151 - \$74,580	\$89,800+

Check here if unemployed (please still circle household size)

I certify the above information is true and correct to the best of my knowledge.

Parent/Guardian: _____ Date: _____

Original signature is required.



STATE OF NEW HAMPSHIRE
DEPARTMENT OF EDUCATION

101 PLEASANT STREET, CONCORD, NH 03301
Citizens Service Line 1-800-339-9900 Fax 603-271-1953 TDD Access: 1-800-735-2964
EQUAL OPPORTUNITY EMPLOYER-EQUAL EDUCATION OPPORTUNITIES

Nicholas C. Donohue
Commissioner
Tel. 603-271-3144

SPECIAL MEALS PRESCRIPTION
CHILD NUTRITION PROGRAMS

NAME OF STUDENT: _____ DOB: _____

SPEDIS ID NO: _____ SCHOOL NAME: _____

Is student: Disabled Nondisabled (please check appropriate box.)

Disability or medical condition that requires the student to have a special diet. Include a brief description of the major life activity affected by the student's disability.

Diet/Feeding Prescription (check all that apply) Diabetic Reduced Calorie Increased Calorie Modified Texture
Other: (describe) _____

Foods Omitted and Substitutions
(check all that apply)

	Omit	Food Preparation for Texture	Substitution
I. Breads, Grains, Cereal			
___ Bread/Rolls	_____	_____	_____
___ Pasta	_____	_____	_____
___ Rice	_____	_____	_____
___ Waffles/French Toast/Pancakes	_____	_____	_____
___ Taco Shells	_____	_____	_____
___ Soft Tortillas	_____	_____	_____
___ Crackers	_____	_____	_____
___ Cereals	_____	_____	_____
___ Other	_____	_____	_____
II. Fruits and Vegetables			
___ Raw:	_____	_____	_____
___ Canned:	_____	_____	_____
___ Potato:	_____	_____	_____
___ Other:	_____	_____	_____
III. Milk/Dairy Products			
___ Milk:	_____	_____	_____
___ Yogurt:	_____	_____	_____
___ Cheese:	_____	_____	_____
___ IceCream/Frozen Desserts	_____	_____	_____
___ Other:	_____	_____	_____

IV. Meats/Protein Foods	Omit	Food Preparation for Texture	Substitution
_____ Meats	_____	_____	_____
_____ Nuts/Seeds	_____	_____	_____
_____ Eggs:	_____	_____	_____
_____ Canned/Dried Beans:	_____	_____	_____
_____ Other:	_____	_____	_____

V. Fats/ Sweeteners/ Sauces	Omit	Food Preparation for Texture	Substitution
_____ Sauces/Dressings:	_____	_____	_____
_____ Spreads:	_____	_____	_____
_____ Other:	_____	_____	_____

VI. Desserts	Omit	Food Preparation for Texture	Substitution
_____ Cakes:	_____	_____	_____
_____ Cookies	_____	_____	_____
_____ Puddings/Whips:	_____	_____	_____
_____ Jello:	_____	_____	_____
_____ Other:	_____	_____	_____

VII. Combination Foods	Omit	Food Preparation for Texture	Substitution
_____ Soups:	_____	_____	_____
_____ Lasagna, Chop Suey, Spaghetti	_____	_____	_____
_____ Pizza:	_____	_____	_____
_____ Other:	_____	_____	_____

VIII. Liquids

_____ Thickened Consistency: syrup nectar honey

_____ Thickeners: _____

_____ No Liquids Offered

_____ Special Feeding Utensils/Equipment: _____

IX. Other Information Regarding Diet (for SPED team)

_____ Safe Eating Plan In Place (See Modification Section of Individual Education Plan (IEP))

_____ Stop Feeding When _____

_____ Record: _____

_____ Other: _____

I certify that the above-named student needs special school meals prepared as described above because of the student's disability or chronic medical condition.

_____	_____	_____	_____
Physician's Signature	Office Phone Number	Date	Typed Name
_____	_____		
Nutritionist	Feeding and Swallowing Specialist		

cc: Parents, Physician, Nutritionist, Oral Motor Specialist, Program Coordination-SMSB, Food Service Director, School Nurse, Principal, Cheri White, MS, Department of Education